

Anexo 1: Solicitud de participación como estudiante mentor en el marco del Programa Mentoría-ULPGC de la FCCS

Apellidos y Nombre:	DNI:
Correo electrónico:	Teléfono:
Matriculado en: <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería FV <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería GC <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería LZ <input type="checkbox"/> Grado en Fisioterapia <input type="checkbox"/> Grado en Medicina	
Matriculado en ___ curso (indicar el curso)	
¿Ha superado todas las asignaturas del 1^{er} curso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es estudiante de 1^{er} curso ¿ha superado todas las asignaturas del primer semestre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número total de créditos (ECTS) superados en la titulación	
¿Es miembro de la Junta de Centro y/o comisiones delegadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar nombre de dichas comisiones: Aporta certificación de dicho mérito (emitida por la FCCS donde conste una asistencia del 75%): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No BAREMO: 1 punto por cada certificación	
Ha participado en la organización de actividades desarrolladas en el centro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar nombre de dichas actividades: Aporta certificación de dicho mérito (emitida por la FCCS) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No BAREMO: 1 punto por cada certificación	
Indique los principales motivos por los que solicita participar como estudiante mentor:	
Señale si cuenta con experiencia previa en el programa mentor y/o formación específica:	

SOLICITA:

Participar como estudiante mentor de un grupo de estudiantes de nuevo ingreso durante el primer semestre del curso 202_/202_. Y para que así conste firmo la presente solicitud.

Las Palmas de Gran Canaria a, _____ de _____ de 202_

Firma

A/A Presidenta de la Comisión Responsable del Programa Mentoría-ULPGC de la FCCS